

3. Дополнительное назначение локальных форм заместительной гормонотерапии женщинам в пери- и постменопаузе с ГАМП значительно повышает эффективность лечения и увеличивает период последующей ремиссии.

Литература:

1. Кулаков, В.И. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении / В.И. Кулаков, И.А. Аполихина // Гинекология. – 2004. – Т. 4, № 3. – С. 103–105.

2. Петрова, В.Д. Недержание мочи у женщин (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение) : дис. ... д-ра мед. наук / В.Д. Петрова. – М., 2005.

3. Юренева, С.В. Диагностика и терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у пациенток в пери- и постменопаузе (краткие клинические рекомендации) / С.В. Юренева, Е.И. Ермакова, А.В. Глазунова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5.

УДК 618.3:616-08

ОПЫТ ЗАВЕРШЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ

*Арестова И.М., Киселева Н.И., Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Сержантов Д.Ю.,
Лебедева Т.Н., Бусенко А.И., Семенова В.Г.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Ежегодно доля самопроизвольных абортов составляет 15-20 % всех желанных беременностей. В структуре самопроизвольных выкидышей на ранних сроках значительное место занимает неразвивающаяся беременность, достигая 45-88,6 % всех эпизодов потери плода. Примерно у половины пациенток со спонтанным прекращением гестации выявляется неразвивающаяся беременность. Таким образом, из числа диагностированных желанных беременностей каждая пятая завершается самопроизвольным абортом или останавливается в развитии («замирает») примерно в равной пропорции. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающихся беременностей (до 80%) приходится на I триместр гестации [1]. Особого внимания заслуживает тот факт, что возрастает количество замерших беременностей у первобеременных женщин, что делает особенно актуальным выбор щадящего метода опорожнения матки. Плодное яйцо погибает чаще на ранних сроках (в I триместре) и может долго находиться в полости матки из-за нарушения её сократительной способности. Длительная задержка погибшего плодного яйца в матке может привести к инфицированию матки, нарушению свертывающей системы крови и в ряде случаев может явиться причиной материнской смертности [4].

До настоящего времени общепринятым методом был кюретаж, ведущий к травматизации нервно-мышечного аппарата матки, развитию истмико-цервикальной недостаточности, инфицированию эндометрия и повышению риска невынашивания беременности в дальнейшем. Таким образом, одним из важных направлений решения проблемы неразвивающейся беременности является поиск безопасных путей прерывания беременности и отказ от устаревших технологий (дилатации шейки матки и кюретажа).

В последние годы наряду с хирургическим прерыванием беременности и мини-абортом во многих странах мира все большее число женщин прибегают к медикаментозному аборту с использованием антипрогестинов. Применение мифепристона в комбинации с аналогом простагландина мизопростолом с целью прерывания беременности, включая замершую, одобрено и рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения к использованию в амбулаторных условиях [2, 3].

С учетом вышеперечисленного нами проведено исследование, **целью которого явилась** оценка эффективности и безопасности медикаментозного метода завершения замершей беременности при сроках от 4-5 до 21-й недель.

Материал и методы. Материалом исследования послужили истории болезней 157 пациенток в возрасте от 20 до 37 лет, поступивших в гинекологическое отделение Витебского

клинического роддома № 2 за 10 месяцев 2020 года с диагнозом «неразвивающейся беременности». Проведен ретроспективный анализ, в котором отражены: данные соматического и репродуктивного анамнеза, результаты клинико-лабораторного и функционального (УЗИ) обследования, использованные методы завершения беременности и их эффективность. Всем пациенткам при диагностированной неразвивающейся беременности с целью опорожнения матки применялся синтетический простагландин Е1 (Мизопростол) в дозе 200-600 мкг с предварительным использованием стероидного синтетического антипрогестагена (Мифепристон) в дозе 200 мг. Гестационный срок соответствовал от 4-5 до 21 недели. Отставания срока неразвивающейся беременности по УЗИ от предполагаемого срока гестации составили от 2 до 6 недель. Роды в анамнезе имели 69 (43,9%); аборт, самопроизвольный выкидыш – 39 (24,8%); беременности в анамнезе не было у 49 (31,2%) обследованных пациенток. Неэффективным медикаментозное опорожнение матки при неразвивающейся беременности считалось в случае сохранения плодного яйца или его остатков в матке по результатам ультразвукового исследования, в связи с чем проводили инструментальное опорожнение полости матки. Полученные данные были запрототоколированы, обработаны с помощью пакета Microsoft Excel для Windows 7.0.

Результаты и обсуждение. За 10 месяцев 2020 года в гинекологическое отделение Витебского клинического роддома № 2 поступило 1675 беременных женщин с различными видами акушерской и гинекологической патологии, из них – 157 (9,4%) пациенток с неразвивающейся беременностью (НБ).

Возрастную группу от 20 до 25 лет составили 35 женщин (23,2%), группу от 25 до 29 лет – 69 женщин (40,4%), группу женщин от 30 до 37 лет – 53 (36,4%) пациентки. С учетом отставания срока неразвивающейся беременности по УЗИ от предполагаемого срока гестации женщины были выделены следующие группы: срок отставания до 2-х недель – в 78 случаях, до 3-4 недель – в 69 случаях, до 5-6 недель – в 10 случаях.

Основную группу составили 72 пациентки, которым беременность была прервана с использованием фармакологических средств. Группу сравнения составили 85 женщин с НБ, которым выполнялось хирургическое опорожнение матки. Критериями исключения для проведения медикаментозного аборта являлись: подозрение на внематочную беременность, беременность, наступившая на фоне использования внутриматочной спирали и отмены оральной контрацепции, сахарный диабет, длительная терапия кортикостероидами, геморрагические нарушения и лечение антикоагулянтами, лактация, воспалительные заболевания половых органов в острой стадии, индивидуальная непереносимость мифепристона и мизопростола.

Проведенный анализ показал, что эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности составила 84,7%. Медикаментозный метод оказался неэффективным в 15,3% случаев (у 11 женщин было проведено инструментальное опорожнение полости матки). При оценке эффективности прерывания беременности медикаментозным методом в зависимости от возраста, было выявлено, что в группе женщин до 25 лет этот показатель составил 91%, от 25 до 29 лет – 93,2%, а у женщин от 30 до 37 лет – 59,8%. Таким образом, медикаментозный метод был наименее эффективен в старшей по возрасту группе пациенток с НБ.

Использование медикаментозного метода для прерывания неразвивающейся беременности оказалось неэффективным у 3-х (10,3%) женщин, имевших в анамнезе роды. В группе женщин, не имевших родов, но анамнез которых был отягощен медицинским или самопроизвольным абортом с выскабливанием полости матки, у 8 (20,5%) не произошло опорожнения матки. Эффективность медикаментозного опорожнения матки при неразвивающейся беременности у женщин с первой беременностью составила 93,8%.

При оценке эффективности медикаментозного метода завершения беременности в зависимости от длительности пребывания замершего плодного яйца/плода в матке (по результатам УЗИ) было установлено, что при задержке до 2-х недель эффективность метода составила 89,6%, до 3-4 недель – в 81%, а при 5-6 неделях задержки – 75%. При этом имел большое значение срок «замершей» беременности, на котором применялось медикаментозное завершение беременности – чем больше был срок гестации (после 16-18 недель), тем чаще прибегали к последующему инструментальному опорожнению матки.

Значимых различий в показателях эффективности между изученными медикаментозными схемами прерывания неразвивающейся беременности не выявлено. Сочетанное применение антигестагена (200 мкг) и простагландина (200-600 мкг) более эффективно при раннем выявлении замершей беременности (до 2-х недель задержка плодного яйца в матке).

Выводы.

Результаты проведенного исследования показали, что неэффективность медикаментозного опорожнения матки при неразвивающейся беременности зависит от возраста пациентки, акушерско-гинекологического анамнеза, продолжительности пребывания замершего плодного яйца в полости матки, срока гестации и практически не зависит от схемы медикаментозного воздействия:

- завершение неразвивающейся беременности с использованием антигестагена и простагландина эффективно в 84,7% случаев;

- медикаментозный метод был менее эффективен (в 1,6 раза) в старшей по возрасту группе (старше 30 лет) пациенток с НБ;

- чем раньше выявлена неразвивающаяся беременность, тем эффективнее медикаментозный метод опорожнения полости матки (при задержке до 2-х недель эффективность метода составила 89,6%, до 3-4 недель – в 81%, а при 5-6 неделях задержки - 75%);

- наиболее эффективен метод медикаментозного прерывания при первой неразвивающейся беременности и составляет 93,8%, у пациенток, имевших роды в анамнезе, этот показатель составляет 89,3%.

Литература:

1. Акушерство : нац. рук. / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с.

2. Клинические рекомендации: Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика, тактика ведения. – М., 2016.

3. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии: клинический протокол / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск : Проф. Изд., 2018. – 208 с.

4. Неразвивающаяся беременность // Методические рекомендации междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины. – М. : StatusPraesens, 2015. – 48 с.

УДК 616.248-053.2:534.29

ДИНАМИКА ФЕНОТИПА БАЗОФИЛОВ ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Асирян Е.Г., Видерман О.Н., Матющенко О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Известно, что ультразвук оказывает влияние на многие системы организма, в том числе на систему иммунитета. Этот физический фактор способен стимулировать или угнетать иммунный ответ. В качестве средства иммуностимуляции ультразвуковое воздействие используется чаще [1]. Иммуномодулирующий эффект этого физического фактора зависит от места, интенсивности, продолжительности воздействия, что подтверждается рядом экспериментальных исследований и клинических наблюдений [2]. Гранулы базофилов содержат большое количество медиаторов аллергии, которые выделяются при дегрануляции, возникающей после взаимодействия связанного базофилом антитела класса IgE с соответствующим аллергеном [1]. Известно, что дегрануляция базофилов сопровождается появлением активационных молекул – CD203c и CD63 [3, 4].

Цель Изучение динамики показателей фенотипа базофилов у детей с бронхиальной астмой после применения ультразвуковой терапии одновременно с базисным лечением.

Материал и методы. Обследовано 60 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 18 лет: группа А (28 детей) получала ультразвуковую терапию одновременно с базисным лечением,